PUBIOTOMIE OU SYMPHYSIOTOMIE?

THÈSE

PRÉSENTÉE À LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE

L'UNIVERSITÉ DE BALE

POUR

OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

YVES DE REYNIER

MÉDECIN CHIRURGIEN

DE NEUCHATEL

BALE - IMPRIMERIE WERNER-RIEHM - 1917

PUBIOTOMIE OU SYMPHYSIOTOMIE?

THÈSE

PRÉSENTÉE À LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE

L'UNIVERSITÉ DE BALE

POUR

OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

YVES DE REYNIER

MÉDECIN CHIRURGIEN

DE NEUCHATEL

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

BALE - IMPRIMERIE WERNER-RIEHM - 1917

Impression autorisée par la Faculté de Médecine de Bâle
après rapport de Monsieur le Professeur LABHARDT.

Ce travail a été fait à la maternité de Bâle sous la direction de Monsieur le Docteur Paul Hussy, Privat Docent. Je lui exprime ici ma reconnaissance pour les conseils et les encouragements qu'il n'a cessé de me prodiguer.

Je me fais aussi un devoir de remercier Monsieur le Professeur Dr. Alf. Labhardt qui, avec beaucoup d'amabilité, a mis à ma disposition les documents qui m'étaient nécessaires.

PUBIOTOMIE OU SYMPHYSIOTOMIE.

APERÇU HISTORIQUE.

Déjà au seizième siècle Severinus Pinaeus émit l'idée de l'agrandissement momentané du bassin. L'opération ne fut cependant entreprise que deux cents ans plus tard, en 1777, par Jean René Sigault. Elle réussit, la mère et l'enfant la supportèrent.

Toutefois une mortalité énorme: 36 % pour la mère et 62 % pour l'enfant, firent bientôt tomber dans l'oubli la symphysiotomie dont les premières expériences avaient enthousiasmé les médecins d'alors.

En 1866, Morisani, à Naples, reprit la symphysiotomie et réussit à la remettre en honneur.

Stolz, Galbiati et d'autres encore, proposèrent la pubiotomie qui devait éviter les inconvénients de la symphysiotomie. Gigli, le premier, pratiqua cette opération et inventa la scie qui porte son nom. Plus tard, Döderlein montra qu'on pouvait simplifier beaucoup l'opération en évitant la grande plaie opératoire. Il avait trouvé ce qu'il a appelé la pubiotomie sous-cutanée. (Subcutane Hebosteotomie.)

Zweifel perfectionna la symphysiotomie et Frank appliqua à celle-ci l'idée de Döderlein pour la pubiotomie. C'était la symphysiotomie sous-cutanée. (Subcutane Symphysiotomie.)

INTRODUCTION.

Je rappellerai tout d'abord que la symphysiotomie aussi bien que la pubiotomie sont des opérations d'urgence. En effet si l'on a constaté une étroitesse marquée du bassin ou une grosseur spéciale de la tête de l'enfant, on n'attendra pas l'accouchement spontané, puisque l'on sait qu'il n'aboutira pas; mais on aura pratiqué, au début des maux, l'opération Césarienne (trans- ou extrapérito-

néale) à moins que l'on ne se soit résolu précédemment à l'accouchement prématuré.

Par contre, il faudra trouver autre chose, si plusieurs heures après l'écoulement des eaux, on se trouve subitement en face d'une dystocie imprévue entre les dimensions de la tête et celles du bassin. La mère s'épuise en vains efforts, la tête ne descend pas. La position de Walcher reste sans résultat. Les bruits du cœur du foetus deviennent lents, irréguliers, alarmants; on fait sans succès un essai de forceps; la situation s'aggrave; il faut agir vite. Que faire? La céphalotrypsie, la perforation sur enfant vivant peuvent être, aujourd'hui, considérées comme un crime, dans une clinique du moins. L'agrandissement momentané du bassin est indiqué: il sauvera femme et enfant.

Certains accoucheurs modernes ont la tendance de recourir à l'agrandissement momentané au lieu de faire l'opération Césarienne. Pourtant les indications pour ces deux opérations ne sont pas les mêmes. Il ne faut pas oublier que souvent, alors qu'on croyait l'accouchement impossible, à cause de l'étroitesse du bassin, on a vu l'enfant naître spontanément. Pourquoi alors recourir à une opération sanglante, présentant toujours quelques dangers, quand on aurait peut-être pu l'éviter? On fera l'opération Césarienne quand le bassin sera vraiment étroit, c'est-à-dire s'il présente un diamètre sacro-pubien de moins de 7 cm. Si ce diamètre est supérieur, on attendra; mais si après l'écoulement des eaux, quand la Césarienne devient contre-indiquée à cause des dangers d'infection, l'accouchement n'avance pas, alors on pratiquera d'urgence la symphysiotomie ou la pubiotomie.

Comme le dit si bien Hussy, la symphysiotomie et la pubiotomie ne conviennent pas à des bassins dont le diamètre sacro-pubien est inférieur à 7 cm (6,9 d'après Kehrer). En effet, une diastase de 6 centimètres rallonge le diamètre sacropubien de 2,5 centimètres. Comme en aucun cas on ne peut dépasser une diastase de 6 centimètres, ce qui déchirerait les ligaments sacroiliaques,

l'agrandissement obtenu avec un diamètre inférieur à 7 centimètres ne suffit plus pour permettre le passage de la tête.

L'agrandissement momentané ne pourra pas être pratiqué sur n'importe quel bassin. C'est en général le bassin plat qui indique cette intervention. Jamais par exemple avec un bassin en entonnoir on n'arriverait à faire passer la tête, car la forme de ce genre de bassin et le mécanisme même de l'écartement ne permettrait pas d'obtenir un allongement suffisant du diamètre sacropubien.

Il n'y a pas que l'étroitesse du bassin qui indique un agrandissement: il y a aussi la grosseur de la tête. Car du moment que l'une doit passer dans l'autre, il revient au même que l'une soit trop grande ou l'autre trop étroit. Dans les deux cas il faut rétablir la proportion. Comme nous ne voulons pas rapetisser la tête, nous agrandissons le bassin.

Et la dûreté du crâne de l'enfant, sa souplesse pourrait-on dire, joue aussi un rôle: un crâne élastique s'adaptera plus facilement qu'un autre, ses différents os plieront ou chevaucheront l'un sur l'autre et diminueront ses dimensions jusqu'à permettre le passage, tandis qu'un crâne dur et raide ne se conforme pas ou mal à un milieu plus étroit.

PUBIOTOMIE OU SYMPHYSIOTOMIE.

Si ces deux opérations se ressemblent en ce qu'elles conduisent à un agrandissement du bassin sensiblement égal, elles diffèrent par leur technique et surtout dans leur pronostic.

Me basant sur les travaux de Schlaefli[1]), de Kehrer[2]), de Hussy[3]), et sur des expériences récentes de la Maternité de Bâle, je montrerai ici pourquoi mes sympathies vont à la symphysiotomie plutôt qu'à la pubiotomie.

---

[1]) Schlæfli: 700 Hebosteotomien, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Band LXIV. Heft 1. 1909.

[2]) Kehrer: Archiv für Gynäkologie. Band 103.

[3]) Hussy: Archiv für Gynäkologie. Band 104. Heft 3.

LA PUBIOTOMIE.

Hémorrhagie pendant l'opération. L'hémorrhagie a été forte dans le 10,98 % des cas, très forte dans le 2,94 %, abondante et foudroyante dans le 1,37 % des cas.

Dans le 0,3 % des cas l'opérée mourut de l'hémorrhagie. L'inquiétude de voir se reproduire des cas semblables fait de la pubiotomie une intervention inconfortable. Döderlein lui-même a dit, qu'à cause du danger d'hémorrhagie, la pubiotomie n'est pas à recommander pour la pratique à domicile.

L'hématôme. « Il faut toujours compter sur une hémorrhagie, au moins sur une hémorrhagie interne » a dit Blumreich. Cette affirmation se confirme quand on constate le nombre énorme d'hématômes signalés par la bibliographie sur la pubiotomie. Il y a formation d'hématômes dans le 17,06 % des cas, aussi bien après grande ou petite que sans hémorrhagie et malgré drainage.

Le siège habituel de l'hématôme est la grande lèvre du côté opéré; dans certains cas l'hématôme s'est logé à l'intérieur du bassin. Werth, Baum, Franqué, Blumreich, Bäcker, Küttner, Fehling ont tous constaté des hématômes à des endroits variés.

Döderlein, Herz, Whitridge Williams, Fehling, Frank, Franz, Fritsch ont constaté une infection de l'hématôme et formation de pus, qu'il y ait eu ou non lésion de la vessie urinaire et infiltration d'urine.

Il faut reconnaître toutefois que l'hématôme n'a jamais été la cause de complications graves, cependant il rallonge toujours le séjour au lit ainsi que la convalescence; c'est bien un inconvénient.

Déchirures des parties molles, col, vagin et vulve. Après la pubiotomie ces déchirures sont presque à l'ordre du jour, qu'on ait procédé à l'extraction immédiate ou qu'on ait laissé l'accouchement se faire spontanément. Döderlein, Hartmann, Kannengiesser, v. Rosthorn

et Scheib les ont vu se produire avant tout essai d'extraction. Bürger ne croit pas qu'on puisse les éviter, même en attendant l'accouchement spontané. Le même auteur a constaté que ces déchirures se faisaient toujours du côté opéré et surtout dans la région de la partie médiane de l'os sectionné.

Ces déchirures sont tout particulièrement grandes et fréquentes chez les primipares: 32,5 % (chez les pluripares 11,88 %). L'épisiotomie indiquée dans ce cas par Pfannenstiel se montre impuissante à les empêcher. Tous les auteurs sont d'avis qu'il faut éviter autant que possible la pubiotomie à une primipare.

Ces déchirures, graves déjà en elles-mêmes, le peuvent devenir encore plus si elles communiquent avec la blessure opératoire de la pubiotomie. De 79 cas de déchirures communicantes du vagin, il mourut 10 opérées, c'est-à-dire le 12,66 %. Sur 32 cas de mort, les déchirures communicantes du vagin sont la cause de 10 décès, c'est-à-dire 31,25 %.

Rühle voit un nouveau danger dans la cicatrisation de ces déchirures. C'est la stricture, le rétrécissement du col, du vagin, de la vulve. Bertino décrit le cas d'une opérée ayant eu deux déchirures du col, une déchirure du périnée et une fistule vesico-vaginale guérie spontanément. Après huit semaines, la malade commençait à se lever, il constata de nombreuses cicatrices dans le vagin; la portion vaginale avait disparu et l'utérus était probablement oblitéré.

Lésions de la vessie et de l'urètre. On les a constaté dans le 12,35 % des cas. A Bâle même, aussi bien que dans la bibliographie médicale, nous avons eu des déchirures de la vessie, de l'urètre, suivies d'incontinence momentanée ou souvent durable. Toutes les méthodes de pubiotomie ont enregistré ces accidents, même celle de Döderlein, qui, semblait-il, devait les éviter.

Les déchirures de la vessie guérissent, il est vrai, en général facilement par le traitement à la sonde à demeure.

Les incontinences sont plus difficiles à combattre et nous voyons même des interventions chirurgicales subséquentes ne pas amener d'amélioration. Krömer rapporte que sur 34 malades examinées après un certain temps, il en a compté 5 à continence affaiblie et 2 souffrant de paralysie complète du sphincter. D'après Schlaefli, le 4,17 % des opérées souffre d'incontinence durable.

Lésions de l'enfant par l'opération ou pendant l'accouchement. Elles sont rares. Cependant il est à remarquer que quelques fois l'écartement obtenu n'est pas suffisant pour le passage de la tête, ce qui proviendrait d'une rigidité particulière des articulations sacroiliaques ou de la grosseur et de la dûreté du crâne.

Les couches. Si nous parcourons la marche générale des couches après pubiotomie, nous ne trouvons pas un résultat précisément réjouissant. Si dans bien des cas, les malades pouvaient quitter leur lit au bout de 16, 18 ou 20 jours, il y a un nombre considérable de cas cités par la littérature médicale, où la malade ne put se lever qu'après 5, 6 et même 10 semaines de lit, souvent après des souffrances et des accidents de tous genres.

La fièvre est fréquente: Schlaefli la trouve dans le 31,7 % des cas.

Souvent, il y a suppuration de la plaie opératoire: d'après Schlaefli, dans 31 cas. La plus petite communication entre la vessie ou le vagin et l'hématôme suffit naturellement pour infecter ce dernier. La méthode sous-cutanée de Döderlein ne préserve pas tout à fait de l'infection, car le mouvement de va et vient de la scie peut fort bien entraîner des bacilles dans la profondeur. v. Franqué a enregistré un cas de septicémie streptococcique avec fièvre jusqu'à 42 °.

L'infection de la plaie opératoire a conduit dans quelques cas à une sepsis mortelle.

L'échauffement de l'os par les mouvements de la scie influe nécessairement sur la formation du col. Cet échauffement peut provoquer une nécrose de la surface sciée et

la formation de séquestres. Mann, Leitner, v. Franqué, Baumm, parlent de cas semblables.

La thrombophlébite. C'est une complication grave et fréquente qui a occasionné l'embolie pulmonaire dans le 8,2 % des cas cités par les auteurs. C'est un chiffre vraiment élevé, si l'on considère la rareté de cet accident en médecine d'accouchement. Les auteurs citent plusieurs cas de thrombophlébite infectée suivie de mort par pneumonie septique (Baumm), par pyémie (Martin), infarct du poumon (Fehling), etc.

Douleurs dans la région ilio-sacrale par suite de lésions directes. Troubles d'innervation sensibles et moteurs. Sciatique. Paresthésies, paralysies. Leitz, Karaki, Schlaefli, Jacobi et bien d'autres rapportent que plusieurs de leurs malades eurent à souffrir plus ou moins longtemps de sciatique, de paresthésies et de paralysies dans le bassin, la région ilio-sacrale et s'étendant souvent aux jambes. Ces accidents s'expliquent par une lésion directe des nerfs le long de leur parcours dans le bassin.

Troubles de la marche. De nombreuses observations et en particulier les études de R. v. Braun et de v. Woiz, ont montré que les troubles de la marche après symphysiotomie et pubiotomie ne provenaient pas de la plaie osseuse, mais bien des articulations sacroiliaques. En effet, déjà dans un accouchement normal, il se produit un certain écartement de la symphyse et on a pu trouver une assez grande élasticité de cette articulation chez les multipares. L'expérience a montré aussi que le recollement n'était que rarement osseux et que la fixation se faisait par tissus fibreux, aussi bien pour la pubiotomie que pour la symphysiotomie. Donc on ne pourrait pas rendre la pubiotomie en elle-même responsable des troubles de la marche. Ceux-ci ne se produisent que si, au cours de l'accouchement, on a recours à un écartement plus grand que ne le permet l'élasticité des ligaments sacroiliaques.

Descente du vagin et de l'utérus. C'est une suite fréquente de la pubiotomie causée par des déchirures mus-

culaires: du musculus transversus pernei profondus, des tissus conjonctifs qui fixent le vagin au pubis des deux côtés de la symphyse et surtout du musculus levator ani (portion pubienne). Binger croit en outre que les déchirures des points d'insertion du diaphragma pelvis prédisposent à la descente du vagin et de l'utérus. Krömer rencontre cet accident dans le 24,17 % des cas.

La hernie. La hernie apparaît assez fréquemment. Elle peut passer:

1°. Dans l'espace résultant de l'écartement des fibres musculaires du grand droit de l'abdomen à son insertion au pubis, près de l'anneau inguinal externe ou dans cet anneau, semblable ainsi à une hernie inguinale directe.

2°. Dans la fente résultant de la section de l'os pubis, quand la réunion des branches de cet os ne s'est pas faite ou est incomplète.

La localisation même de la hernie montre qu'elle ne peut être une suite que de la pubiotomie et pas de la symphysiotomie.

L'inconvénient principal de cette hernie est la difficulté de la guérir.

Rétrécissement du bassin au lieu d'agrandissement durable. L'agrandissement obtenu par la pubiotomie persiste-t-il? A cette question Tandler répond: « C'est plus que problématique. » En effet, plusieurs observations nous prouveraient le contraire. Tandler (Congrès de Dresde) a vu un bassin de la clinique de Schauta décrit par Cristofoletti.[1]) Le cal s'était formé non seulement en avant, mais avançait encore fortement dans l'intérieur du bassin qui en était rétréci au point de ne plus permettre du tout le passage de la tête. Kannengiesser[2]) a pu prouver que huit femmes qui revinrent accoucher dans sa clinique, n'avaient pas un bassin agrandi, malgré un rallongement du diamètre sacropubien. Une de ces malades présentait un cal avançant à l'intérieur du bassin de 1 centimètre en-

[1]) Geburtshilflich-gynäkol. Gesellschaft in Wien. 11. Juni 1907. Zentralblatt für Gyn. 1908. No. 14.

[2]) Archiv für Gynäk. Band 81. Heft 3.

viron et le rétrécissement était plus grand qu'avant l'opération. Le bassin n'était vraiment agrandi que dans un seul cas où la réunion des os était encore élastique après 21 mois.

Bovin constata un cal proéminent chez une femme qui revint accoucher chez lui un an après avoir subi la pubiotomie. Ce cal qui partait de l'ancienne plaie osseuse empêcha le passage d'une tête de 32 centimètres de circonférence, alors que la tête du premier enfant avait mesuré 36 centimètres. Il fallut procéder à la pubiotomie du côté opposé.

Mortalité de la mère. Sur 664 femmes qui subirent la pubiotomie, il en mourut 33, c'est-à-dire le 4,96 %. Ce chiffre est très élevé pour une opération dont le but unique est d'obtenir un plus grand nombre d'enfants vivants. Les pour cents de l'opération Césarienne sont bien plus favorables pour la mère ainsi que pour l'enfant.

La pubiotomie qui a pour but de sauver l'enfant devrait pouvoir offrir plus de sécurité à la mère. Or, un pour cent de mortalité comme celui que nous venons de voir, n'offre pas cette sécurité. L'opération ne remplit pas les conditions demandées; ce fait seul suffit pour en restreindre les indications.

Le pour cent des femmes mortes sûrement des suites de l'opération se monte à 4,35 % (Schlaefli).

Les causes du décès sont:

Les déchirures des parties molles qui ouvrirent la porte à l'infection. (Baumm 2, Fehling, Fromme, Guiccardi, Hammerschlag, Hofmeier, Landucci, Martin, Marx, Mermann, Olshausen, Pape, Schenker, Toporski, Walcher, Werth, v. Winckel.) Chez huit malades la déchirure du vagin communiquait avec la plaie opératoire. (Baumm 2, Fehling, Fromme, Guiccardi, Mermann, Werth, v. Winckel.) Les chiffres montrent que les déchirures communiquantes furent la cause du décès dans le 31,25 % des cas, les déchirures simples dans le 40,6 %.

une thrombose de la veine spermatique jusqu'à sa réunion avec la veine rénale, avec anurie progressive,
une phlébite putride,
une embolie du poumon; l'embolus partit de la thrombose d'une veine du champ opératoire,
une embolie,
deux femmes citées plus haut moururent d'hémorrhagie,
une femme mourut d'hémorrhagie subséquente,
une femme mourut au bout de huit jours de pneumonie,
une femme mourut de la narcose au chloroforme.

Mortalité des enfants. Elle monte à 9,18 % (Schlaefli). Les enfants moururent de lésions du système nerveux central contractées pendant leur passage forcé dans le bassin, ou bien ils arrivèrent dans un état d'asphyxie tel qu'on ne put les ranimer.

SYMPHYSIOTOMIE.

Suivons le même schéma en étudiant la symphysiotomie.

Hémorrhagie pendant l'opération. Aucun auteur ne parle d'hémorrhagie grave. Kehrer n'en mentionne aucune: la plus grande quantité de sang perdue a été de 49 cm^3; les autres hémorrhagies ont été de 35, 15, 13 cm^3 ou insignifiantes. L'hémorrhagie s'est toujours arrêtée facilement par tamponnement et compression.

Hussy [1]) sur huit cas mentionne deux fois une assez forte et une fois une forte hémorrhagie qui furent cependant rapidement arrêtées par ligature médiate.

L'hématôme. Sur dix cas, Kehrer [2]) vit six fois une lésion des corps caverneux du clitoris avec hématôme.

Dans le $^3/_4$ des cas le même auteur observe un œdème des grandes lèvres qui disparût en deux ou trois jours. Il en voit la cause dans une incision des canaux lymphatiques. Dans quelques cas, il observa pendant la deuxième semaine un engorgement des glandes inguinales provenant certainement de la résorption de l'œdème.

Sur six cas Kehrer ne signale qu'une fois une thrombophlébite de la veine fémorale.

L'hématôme et la phlébite seraient les seuls accidents de la symphysiotomie souscutanée que nous n'avons pas pu éviter jusqu'à maintenant. Kehrer voit une des causes de l'hématôme et de la phlébite dans le repos forcé au lit que l'on imposait à l'accouchée dans le but de faciliter le recollement de la symphyse. Dans ses deux derniers cas, en effet, il fit lever sa malade l'une le premier, l'autre le second jour déjà. Le résultat fut réjouissant: pas de phlébite, ni d'agrandissement de l'hématôme. Le meilleur moyen cependant d'éviter l'hématôme sera de ne pas leser les corps caverneux.

[1]) Archiv für Gyn. Band 104. Heft 3.

[2]) Döderlein: Geburtshilf. Operationslehre. Ergänzungsband 1917, page 328.

Hussy n'a constaté qu'une fois une forte phlébite de la veine fémorale des deux jambes. La malade s'était levée le dixième jour après des couches normales, sans température. Le lendemain, frisson, suivi de forte fièvre (39^0 à 40^0 le soir). La plaie de l'incision suppure, traitement à la teinture d'iode. Il se forme une forte thrombophlébite à droite, la jambe gauche est prise quelques jours après. Bientôt l'état s'améliore, la thrombose diminue et la femme peut quitter l'hôpital guérie, sans ressentir aucun inconvénient.

Déchirures des parties molles, col, vagin, vulve. Kehrer n'en a pas vu. Après écartement de la symphyse il a toujours attendu l'accouchement spontané.

Hussy (cas 5 et 8) cite deux fois une déchirure du vestibule. Il a presque toujours procédé à l'extraction de l'enfant immédiatement après la symphysiotomie. Il n'avait pas le choix, car le temps pressait.

Déchirures de la vessie et de l'urètre. Si nous avons souvent rencontré cet accident dans la pubiotomie, nous ne le trouvons que rarement dans la symphysiotomie.

N'employant pas de scie et n'introduisant pas d'instrument derrière la symphyse, il nous est facile de les éviter. Zweifel, Kehrer, Kupferberg et Frank n'en ont pas occasionné. Frank s'exprime même ainsi: « Des lésions de la vessie par le scalpel seront une rareté. »

Pourtant Hussy (cas 5 et 8) a vu une déchirure paraurètrale s'étendant jusqu'à l'os. Le cas 5 souffrit d'incontinence pendant quelques jours, put cependant quitter la clinique guérie. (Voir aussi plus loin cas 10 qui souffre encore d'une incontinence désagréable et tenace, qu'il sera difficile sinon impossible de guérir.)

Lésions de l'enfant. Une seule fois Kehrer a constaté de petites incisions dans la galéa, provenant de ce que l'opérateur avait introduit son scalpel trop profondément et surtout de ce que la tête de l'enfant n'avait pas été repoussée suffisamment pendant l'opération, restant ainsi

dans le voisinage immédiat du champ opératoire. Guérison rapide et complète.

Quelques enfants portaient à la tête des signes de compression contre la symphyse.

Les couches. Là aussi les observations sont satisfaisantes. Une malade de Kehrer n'a pas eu de fièvre du tout; les autres ont marqué des températures qui n'ont pas dépassé 39,5 ^{0} et qui n'ont duré que quelques jours.

Nous n'avons pas, comme après la pubiotomie, ces périodes longues de pyrexie. L'absence de déchirures, de lésions osseuses, l'absence ou la petitesse des hématômes sont la cause de ce bon résultat.

La thrombophlébite. J'en ai parlé déjà au sujet de l'hématôme. Comme pour ce dernier, Kehrer en voit la cause dans le repos au lit des femmes opérées.

Douleurs de la région iliosacrale. Troubles d'innervation. Aucune des opérées de la symphysiotomie n'a souffert de ces accidents. Toutes ont quitté l'hôpital guéries. Des examens subséquents prouvèrent leur état de parfaite santé.

Troubles de la marche. Toutes les opérées de Kehrer, de Franz, de Zweifel guérirent parfaitement. Deux malades de Kehrer dansèrent 20 jours après l'opération. Les autres purent se livrer sans inconvénient aux travaux les plus pénibles. Le recollement de la symphyse fut partout solide et fixe, sans diastase.

Descente du vagin et de l'utérus. De nombreux examens ont montré que cet inconvénient ne se trouve pas après la symphysiotomie.

La hernie. La localisation même de l'opération ne prédispose pas à la hernie qui n'a jamais été constatée après la symphysiotomie.

L'agrandissement obtenu est-il durable? Les expériences manquent. Toutefois il est d'ores et déjà possible de dire qu'en aucun cas il n'y eut rétrécissement. Il n'y a pas de cal qui puisse faire saillie. Du reste, si pour un

accouchement suivant, le bassin est encore trop étroit, rien n'empêche de refaire la symphysiotomie.

Mortalité de la mère. Les chiffres sont éloquents. Toutes les femmes guérissent. Sur 88 symphysiotomies, pas un décès, donc 0 %.

Mortalité des enfants. Pour Kehrer l'opération est des plus favorables aussi pour l'enfant. Près du 100 % naquirent vivants, quoique dans bien des cas leur vie ait été en danger. Cependant Frank et Zweifel eurent des morts à déplorer.

Hussy perdit deux enfants (voir plus loin cas n^0 4 et 9): dans le premier la symphysiotomie avait été faite trop tard et l'enfant mourut pendant l'opération. En outre, les branches de la symphyse ne s'écartèrent pas suffisamment, probablement à cause d'une raideur anormale des articulations sacroiliaques; il fallut recourir à la perforation. Dans le second des cas l'intervention fut pratiquée trop tard.

CONCLUSIONS.

D'après ce que nous venons de voir, les résultats de la symphysiotomie sont infiniment meilleurs que ceux de la pubiotomie.

1^0. La symphysiotomie n'a jamais provoqué d'hémorrhagie importante et toujours l'écoulement sanguin a pu être facilement évité.

2^0. Si l'hématôme et la phlébite n'ont pas toujours pu être évités, ils n'ont jamais été la cause d'accidents. Kehrer propose de faire lever l'opérée le premier ou le deuxième jour déjà.

3^0. Les déchirures des parties molles ne se produisent pas si on laisse l'accouchement se faire spontanément. En intervenant, on risque d'en produire, mais elles sont bien moins graves et bien moins dangereuses qu'après la pubiotomie.

4°. A part un cas, bien guéri et un cas non guéri jusqu'à présent, il n'y a jamais eu de lésions de la vessie ou de l'urètre.

5°. La symphysiotomie, qui dans quelques cas fut pratiquée même sur des malades febriles a donné d'excellents résultats: le pour cent de la mortalité est nul pour la mère et infime pour l'enfant.

6°. Jamais la symphysiotomie n'a provoqué de rétrécissement du bassin. L'agrandissement a subsisté dans quelques cas.

7°. Les couches sont normales, sans ou avec peu de fièvre seulement.

8°. Les accouchées purent toutes quitter l'hôpital guéries, sans troubles, sauf une femme avec incontinence urinaire.

9°. La plaie opératoire guérit facilement et ne laisse qu'une petite cicatrice, à peine visible dans les poils du pubis.

10°. Si cela est nécessaire pour un nouvel accouchement, la symphysiotomie peut être pratiquée une deuxième fois.

La symphysiotomie sera indiquée: Dans les cas d'étroitesse du bassin avec un diamètre sacropubien pas inférieur à 7 centimètres,

dans les cas de grosseur particulière de la tête, sans qu'il y ait nécessairement étroitesse du bassin,

quand il est trop tard pour pratiquer le Césarienne et que l'enfant présente des symptômes d'asphyxie.

La paresse ou la fatigue des maux, de la fièvre jusqu'à 38°. 38,5° ne sont pas une contre indication.

Nous avons ainsi dans la symphysiotomie une intervention rapide et élégante. Cependant elle n'est pas à conseiller encore pour la pratique à domicile. Si elle ne nécessite pas un outillage perfectionné ou compliqué, il faut tout de même un ensemble de circonstances et une pratique opératoire que n'a pas toujours le médecin pratiquant.

Dans les cliniques et hôpitaux, je crois qu'elle rendra des services signalés; elle l'a prouvé du reste, et cette opération mérite d'entrer dans le domaine des interventions courantes.

A la maternité de Bâle nous avons fait toutes nos symphysiotomies selon la technique de Frank. Je me permettrai de reproduire ici l'exposé que l'auteur fit lui-même de sa méthode au Congrès de Londres.[1])

«La main gauche éloigne autant que possible de la symphyse le clitoris, ses corps caverneux et l'urètre de manière à les protéger; pour cela les doigts de la main gauche étant repliés sur eux-mêmes s'enfoncent entre le bas de la symphyse et le bulbus vestibuli. On enfonce le scalpel directement au milieu de la symphyse, puis sans agrandir l'ouverture des parties molles on incise tout d'abord la partie inférieure de la symphyse et le ligamentum arcuatum. Sans ressortir de la plaie on retire le scalpel de l'incision faite dans la symphyse proprement dite, on tourne son tranchant contre la partie antérieure de la moitié supérieure de la symphyse et on incise d'avant en arrière. On recoud immédiatement la plaie par une suture profonde de catgut, mais on peut simplement la recouvrir d'un tampon si le temps presse: on extrait le foetus immédiatement et on ne suture qu'après l'accouchement.»

A Bâle, nous avons, pendant l'opération, placé les jambes de la patiente en position d'abduction et de légère rotation en dehors, pour les placer aussitôt après l'opération en position d'adduction et de rotation en dedans, afin d'éviter ainsi un trop grand écartement de la symphyse et une déchirure des ligaments iléosacraux.

[1]) Münchener Med. Wochenschrift 1914, No. 16.

Je terminerai ce travail par une étude des cas de symphysiotomie que nous avons eu à la maternité de Bâle.

Cas No. 1.[1]) No. du Journal 949/1913. Primipare. Dans l'anamnèse rien de remarquable.

Entrée en Clinique le 23. 6. 13. Dimensions du bassin: Distantia spinarum 24,0, Distantia cristarum 26,0, Conjugata externa 18,5, Conjugata diagonalis 10,0, Conjugata vera 8,5.[2]) Le Promontoire est normal.

Le 24. 6 le col est complètement dilaté. La tête ne descend cependant pas. Forceps d'après von Herff. La tête ne suit pas à la traction. Symphysiotomie d'après Frank. Au moment de l'incision du Ligamentum arcuatum, il se produit une petite hémorrhagie veineuse, qui s'arrête après ligature médiate. Extraction dès lors facile, car le bassin s'est bien agrandi. L'enfant légèrement asphyctique est rapidement ranimé. Expulsion spontanée du placenta. La déchirure du périnée est suturée, puis on applique un large bandage de sparadrap.

Poids de l'enfant (fille) 3900 gr. Longueur 53 cm. Circonférence de la tête 36. Le plus petit diamètre transversal mesure 7,5, le plus grand 9 cm.

Les couches sont au début normales; le quatrième jour température de 38,2° qui subsiste huit jours. Pouls tranquile. On prescrit de l'Ergotine et des douches vaginales chaudes. La plaie opératoire suppure un peu: Teinture d'iode. Le recollement de la symphyse ne permet d'enlever le bandage de sparadrap que le seizième jour. L'opérée se lève le dixseptième jour et quitte la clinique le dixneuvième. Les branches de la symphyse s'écartent encore un peu et dans la station alternative d'une jambe sur l'autre se déplacent d'environ ½ cm. Marche normale et sans douleurs. Un examen subséquent laisse voir un état normal. En 1914, sur demande de la malade, on pratiqua un accouchement prématuré.

En avril 1915, nouvel examen, tout est normal; la femme marche, court et danse sans inconvénient. Léger déplacement et diastase de la symphyse. Les deux enfants se portent bien.

[1]) Cas No. 1 à 8 d'après Hussy, Symphysiotomie oder Kaiserschnitt. Archiv für Gynäk. Band 104. Heft 3.

[2]) Mesures prises avec l'instrument de Farabœuf modifié par v. Herff.

Dans ce cas il était trop tard pour pratiquer la Césarienne, la dystocie n'étant apparue qu'au cours de l'accouchement. On pouvait, chez une primipare, espérer l'accouchement spontané. L'état de l'enfant provoqua l'intervention.

Cas No. 2. No. du journal 994/1913. Primipare. Dans l'anamnèse rien de remarquable.

Entrée en clinique le 30. 6. 13. Dimensions du bassin: Dist. spin. 23,5, Dist. crist. 25,5, Conjug. ext. 18, Conjug. diag. 10,5, Conjug. vera 9. Forme du bassin normale.

La femme a eu chez elle pendant deux jours de faibles maux. Deux fois un forceps fut appliqué sans résultat. Peu après son entrée en clinique, on administre $^1/_4$ cm^3 de sécacornine pour obvier à la paresse des maux. Ceux-ci deviennent aussitôt plus fréquents et plus énergiques. Position de Walcher. A 11 heures du matin les bruits du cœur de l'enfant deviennent irréguliers, descendent à 80—100 pulsations par minute, puis augmentent. Les maux faiblissent: on injecte 1 cm^3 de pituglandol. Les maux s'améliorent, par contre les bruits du cœur de l'enfant deviennent très lents. A 5.30 heures soir, forceps d'après v. Herff. La tête ne suit pas. On pratique la symphysiotomie. La plaie saigne un peu; ligature médiate au catgut. L'enfant (fille) est extrait facilement, il est un peu asphyctique, mais est bientôt ranimé. Poids 3400 gr. Longueur 54 cm. Circonférence de la tête 38 cm. Petit diamètre transv. 8,5, grand diam. transv. 9,5. Le placenta est expulsé spontanément. Après suture d'une déchirure du périnée, pansement comme au cas précédent.

Couches: Au début, températures subfebriles. Le pansement de fixation est enlevé le septième jour. La blessure opératoire suppure un peu. Teinture d'iode et on saupoudre de sucre. La femme se lève le treizième jour, ne ressent pas de troubles. La symphyse baille légèrement; les deux branches du pubis se déplacent à peine l'une par rapport à l'autre. La malade marche normalement et sans douleurs. L'enfant va bien.

L'opérée se présente à nouveau le 27. 8. 13: lorsqu'elle pousse fort, elle souffre d'une légère incontinence d'urine. Pas de troubles, sinon qu'elle se fatigue facilement. Marche bonne. Les extrémités de la symphyse se

déplacent encore un peu; diastase de 1—2 mm. Point de douleurs. La femme nourrit au sein.

Là non plus, la Césarienne n'était pas indiquée. La symphysiotomie a sauvé l'enfant.

Cas No. 3. No. du journal 968/1914. A eu la rougeole comme enfant. Se mit à marcher à l'âge normal, souffrit cependant plus tard de troubles de la marche.

1912. Premier accouchement, chute du cordon ombilical, essai de version, perforation et cranioclasie.

1913. Second accouchement, prématuré, provoqué par rupture artificielle de la poche des eaux à la Maternité de Bâle. Présentation du siège. Extraction par la manœuvre de Muller. L'enfant mourut d'adynamie douze heures après sa naissance.

Arrivée en auto à la maternité le 24. 6. 14. Mensuration du bassin: Dist. spin. 23,5, Dist. crist. 26,0, Conjug. ext. 16,5, Conjug. diag. 10, Conjug. vera 8. La Ligne innominée fait un angle sensible. Promontoire proéminent, le cartilage de la symphyse forme une bosse palpable. Le cordon ombilical pulsant sort de la vulve. Examen: Position transverse. Narcose au chloroforme, on amène le bras droit, puis on pratique la symphysiotomie sous-cutanée d'après Frank. Pas d'hémorrhagie. Le chirurgien se décide à une version interne et extrait le foetus d'après la manœuvre de Muller-Veit-Smellie. Malgré une bonne diastase de la symphyse, la tête a de la peine à passer. La manœuvre de Wigand-A. Martin-Winckel réussit. L'enfant asphyxié au premier degré est rapidement ranimé. Il porte au pariétal droit une forte impression en forme de cuillière. Avec un petit tirebouchon on redonne à l'os sa forme normale. Poids de l'enfant (garçon) 3760 gr. Longueur 53 cm. Circonférence de la tête 36 cm. Petit diam. transv. 9, grand diam. transv. 10 cm.

Les couches sont afébriles. Le bandage de sparadrap est enlevé le sixième jour, et la malade se lève le dixième. A sa sortie le quatorzième jour, la symphyse baille encore un peu. Il y a un léger déplacement dans la station alternative d'une jambe sur l'autre. La plaie opératoire guérit per primam. Marche sans inconvénient. Pas de troubles de l'appareil urinaire. Un nouvel examen quelques semaines plus tard permet de constater que cet état satisfaisant se maintient.

On aurait pu dans ce cas procéder à une Césarienne extrapéritonéale, cependant la symphysiotomie était une intervention bien plus rapide.

Cas No. 4. No. du journal 1265/1914. Rachitique dans son enfance, n'apprit à marcher qu'à quatre ans. Pendant sa jeunesse scarlatine et fièvre typhoïde.

Entrée en clinique le 27. 8. 14. Mensuration du bassin: Dist. spin. 26, Dist. crist. 28, Conjug. ext. 18, Conjug. diag. 10,5, Conjug. vera 8,5.[1]) Le promontoire avance beaucoup et au-dessus de celui-ci on sent une seconde bosse. Le cartillage de la symphyse est haut et avance dans le bassin.

La période de dilatation a duré deux fois 24 heures. Puis les maux faiblissent, on administre des comprimés de Chinéonal qui les améliore. La tête reste en haut et ne pénètre qu'en partie dans le petit bassin. La position de Walcher reste sans résultat. Le 29. 8 les bruits du cœur du foetus deviennent faibles et lents. La tête ne descend pas. Forceps d'après von Herff. La tête ne bouge pas. Les bruits du cœur ne s'entendent presque plus. On pratique pourtant rapidement la symphysiotomie. Du sang coule fort d'une veine lésée. Ligature médiate. Malgré l'incision de la symphyse, le bassin ne s'élargit pas et il est toujours impossible de faire passer la tête. L'enfant meurt. On enlève le forceps et perfore. Pendant la perforation, il s'écoule plus de liquide que de substance cérébrale (il s'agit probablement d'un Hydrocéphale). Cranioclasie. Poids de l'enfant (fille) 3800 gr. Longueur 50 cm. Pansement de sparadrap.

Pendant les dix premiers jours des couches la femme se sent bien. La température ne monte qu'une seule fois à 38,0 °. Le cinquième jour, on enlève le pansement, le dixième, la femme quitte le lit. Le lendemain frisson subit, suivi de forte fièvre. L'urine est légèrement trouble. Diplosal trois fois par jour 1 gr. Pendant les jours suivants encore quelques frissons. La température reste élevée le soir (39—40 °). L'examen bactériologique du sang donne un résultat négatif, le sang est stérile. La plaie opératoire suppure, on la dilate et on la traite à la teinture d'iode. A partir du 18. 9 il se forme une forte thrombophlébite de veine fémorale gauche. Quelques jours plus tard, la jambe droite est atteinte de la même affection. A partir du 20

[1]) Instrument de Farabœuf-von Herff.

l'état s'améliore, les températures se rapprochent de la normale, la thrombose diminue. La malade peut se lever le 14 du 11, et elle quitte l'hôpital le 21. La symphyse baille encore un peu. L'opérée écrivit quelques semaines plus tard au directeur de l'établissement pour l'informer de sa bonne santé.

Ici, sans aucun doute, la symphysiotomie a été entreprise trop tard. Il est remarquable que le baillement de la symphyse n'ait pas été plus grand. Cela peut s'expliquer de deux manières: Ou bien le Ligamentum arcuatum n'a pas été incisé complètement, ou bien nous nous sommes trouvé en face d'un de ces cas dont j'ai parlé plus haut, d'une raideur anormale des articulations sacroiliaques. Il ne faut pas négliger cependant la grosseur de la tête dans cette explication. La Césarienne qui n'était pas indiquée au début, l'étroitesse du bassin, n'étant pas assez marquée, ne pouvait plus être appliquée plus tard. Il était du reste tout naturel d'attendre puisqu'il s'agissait d'une primipare.

La thrombose peut avoir été produite par le forceps aussi bien que par la lésion de la veine du champ opératoire.

Cas No. 5. No. du Journal 1270/1914. Primipare. Rien de spécial dans l'anamnèse.

Entrée en clinique le 29. 8. Dimensions du bassin: Dist. spin. 26, Dist. crist. 28, Conjug. ext. 18, Conjug. diag. 10,5, Conjug. vera 9. Le promontoire et le cartilage de la symphyse ne sont pas particulièrement proéminents.

La malade entre à l'hôpital avec de la fièvre. Les eaux se sont déjà écoulées. La période de dilatation dure passablement longtemps. Le col ne se dilate pas. On y fait alors plusieurs incisions. Le 30. 8, vers une heure du matin, la femme se met à pousser. La tête n'entre pas dans le bassin, on met la femme en position de Walcher. La tête qui paraît être très grosse ne descend pas. A 10 h. 30 les bruits du cœur du foetus devenant lents et irréguliers on recourt à un forceps d'après v. Herff. La tête ne suit pas à la traction. On se résoud alors à pratiquer la symphysiotomie, malgré une température de 38,2 et un pouls de 142. Après section du Ligamentum arcuatum, la symphyse baille de 3 cm environ; pas d'hé-

morrhagie. L'extraction a lieu sans difficulté. L'enfant présente des symptômes d'asphyxie, on le ranime en un quart d'heure. Une déchirure du vestibule conduit jusqu'à l'os. On la suture ainsi qu'une déchirure du Périnée. Les eaux ont une odeur fétide. Le Placenta est expulsé spontanément. Pansement de sparadrap. Poids de l'enfant (fille) 3670 gr. Longueur 51 cm. Circonférence de la tête 37 cm. Grand diam. transv. 8,5, petit diam. transv. 7,5. Température de la malade après l'accouchement 37,9. Pouls 120.

Dès le début des couches la température est élevée (jusqu'à 39,2) et le pouls est fréquent (jusqu'à 145). On administre des tablettes de Secale et deux fois par jour une seringue de Disotrine (Digitale + Strophantus). Incontinence d'urine à partir du 1. 9. Le 2. 9 le pouls se tranquillise. Le 4. 9 la plaie opératoire suppure. On la désinfecte soigneusement à l'iode et on applique un pansement stérile. Les parties génitales externes sont fortement œdémateuses. La déchirure du vestibule et celle du périnée sont purulentes. On fait prudemment des lavages et des injections vaginales de solution de Chlore, ce qui fait diminuer l'œdème. Dès le 11. 9 on fait prendre à la malade un bain journalier. Incontinence d'urine complète. Le 23. 9 l'urine commence à pouvoir être retenue; il ne coule involontairement que quelques gouttes. On administre du Diplosal trois fois par jour 1 gr. Le 29. 9 continence totale. La malade quitte l'hôpital le 2. 10 guérie. La démarche n'est pas gênée, la symphyse baille à peine.

Six semaines plus tard, un nouvel examen: Tout est normal. La femme est continente, ne ressent pas de troubles, se porte bien, la symphyse ne baille pas; l'enfant va bien.

La fièvre de la mère ne nous a pas retenu. On en est réduit aux suppositions quant à la cause de l'incontinence. S'agit-il d'une paralysie du sphincter ou bien d'une fistule vésico-vaginale? Il est difficile de répondre.

Une Césarienne trans- ou extrapéritonéale n'était pas indiquée au début. Elle ne pouvait se faire ensuite. Il ne restait que la perforation ou la symphysiotomie.

Cas No. 6. No. du journal 87/1915. V pare. Pas de fait intéressant dans l'anamnèse. La femme a accouché quatre fois dans notre établissement:

Premier accouchement 1908: Foetus mort intra partum. Forceps. — Second accouchement 1910: Spontané. — Troisième accouchement 1913: Chute du cordon. Version. Foetus mort. — Quatrième accouchement 1914: Présentation du siège. Extraction un peu difficile. L'enfant vit.

Entrée en clinique le 11. 1. 1915. Mensuration du bassin: Dist. spin. 27, Dist. crist. 29, Conjug. ext. 18, Conjug. diag. 9, Conjug. vera 7,5—8.[1]) Le promontoire avance un peu dans le bassin, la symphyse n'est pas particulièrement haute.

La tête ne descend pas après la dilatation du col. Position de Walcher sans résultat. Les maux sont énergiques et fréquents. A 5 heures du soir, les bruits du cœur de l'enfant commencent à devenir irréguliers. Il s'écoule beaucoup de Méconium. Narcose au chloroforme et forceps. La tête ne suit pas les tractions. Symphysiotomie. On désinfecte le pubis à la teinture d'iode. Une hémorrhagie veineuse est arrêtée par ligature. Le bassin s'agrandit bien. La tête passe. L'enfant qui présente à peine quelques symptômes d'asphyxie, crie tout de suite. Pansement de sparadrap. Le placenta sort spontanément. L'enfant (garçon) pèse 4170 gr. Longueur 55 cm. Circonférence de la tête 37 cm. Diamètre bitemporal 8,5, biparietal 9,5 cm.

Les couches sont normales, à part une légère élévation de température (38,5 °) le sixième jour. On enlève le pansement le onzième jour et la malade se lève le quatorzième. Elle quitte l'hôpital le dixseptième jour, se portant bien. La plaie opératoire est bien guérie. Des deux côtés de la symphyse qui baille encore un peu, on voit de petites veines thrombosées qui ne causent aucun trouble. La malade marche bien et sans douleurs. Examen subséquent cinq semaines plus tard; la mère se porte bien, l'enfant vit.

Il est clair que dans ce cas il n'y avait aucune raison de pratiquer la Césarienne, puisque la femme avait mis au monde en 1914 du moins, un enfant vivant. Une dystocie imprévue a nécessité la symphysiotomie qui a sauvé l'enfant de la perforation.

---

[1]) Instrument de Farabœuf-von Herff.

Cas No. 7. No. du Journal 289/1915. II pare. La malade n'apprit à marcher qu'à l'âge de trois ans. Un accouchement en dehors de notre établissement. Le foetus aurait eu une position défavorable, serait mort avant l'accouchement et aurait été perforé.

Entrée en clinique le 24. 2. 15. Mensuration du bassin: Dist. spin. 27, Dist. crist. 28, Conjug. ext. 17, Conjug. diag. 9,5, Conjug. vera 8.[1]) Longueur du corps 146 cm. Le promontoire est rapproché de la symphyse; celle-ci est haute et son cartilage proéminent.

Le foetus est en position oblique. Malgré un bandage abdominal et une version externe, cette position ne se corrige pas. Le 24. 2 à 5. 40 heures matin rupture de la poche des eaux, qui sont fortement souillées de Meconium. Malgré des maux énergiques, la tête ne pénètre pas dans le bassin. A 6. 30 h. m. les bruits du cœur du foetus se ralentissent et l'on pratique une version sur le pied, opération rendue difficile par la proéminence du promontoire. Les essais d'extraction restent sans succès et il est impossible d'amener la tête dans le bassin. La manœuvre de Wigand - A. Martin-Winckel, celle de Prague, puis enfin celle de Peu n'ont pas plus de chance. Le cordon ne pulse que lentement. Pour sauver l'enfant on se résoud à la symphysiotomie de Frank. Badigeonnage du pubis à la teinture d'iode. L'incision du Ligamentum arcuatum produit une assez forte hémorrhagie qui s'arrête pourtant par ligature médiate. L'extraction est facile. L'enfant est asphyxié au deuxième degré. Après une heure d'efforts (Schultze, Sylvester, inhalations d'oxygène, puis bains) on ranime l'enfant. Le placenta est expulsé spontanément. L'enfant (fille) pèse 3170 gr. Longueur 50 cm. Circonférence de la tête 36 cm. Diamètre bitemporal 8 cm, bipariétal 9,5 cm.

Les couches sont apyrétiques. L'enfant se remet facilement. Au bout de dix jours on enlève le bandage de sparadrap et la malade se lève le quatorzième jour. Elle quitte l'hôpital le dixhuitième jour, se portant très bien. La plaie est guérie, la symphyse ne baille pas, les branches se déplayent d'environ 2 mm. L'opérée qui a une démarche normale ne souffre d'aucun trouble. L'enfant vit.

Ce dernier cas est un succès affirmatif de la symphysiotomie. Seule la rapidité de l'intervention a pu sauver l'enfant.

[1]) Instrument de Farabœuf-von Herff.

Cas No. 8. No. du Journal 884/1915. Primipare. Rien d'intéressant dans l'anamnèse.

Entrée dans la clinique le 28. 7. 15. Mensuration du bassin: Dist. spin. 29, Dist. crist. 31, Conjug. ext. 19, Conjug. diag. 11, Conjug. vera 9,5—10.[1])

Les maux commencent régulièrement à 2 heures après-midi. Le 29 à 8 heures m. le col est complètement dilaté. La période d'expulsion dure longtemps et la tête ne descend pas, malgré la position de Walcher. La cause de la dystocie est claire. Après 9 heures de période d'expulsion, vers 6 heures s., les bruits du cœur du foetus deviennent subitement irréguliers et lents. Il s'écoule du Méconium. Forceps. La malade a pàssablement de fièvre. Malgré de fortes tractions la tête ne descend pas. Symphysiotomie. Le bassin s'élargit avec le craquement ordinaire. La plaie ne saigne pas, mais laisse couler un peu d'urine. La vessie est donc lésée. L'extraction de la tête se fait facilement. L'enfant asphyxié au premier degré est vite ranimé. Il pèse 3150 gr. à une longueur de 52 cm. Circonférence de la tête 36 cm. Petit diam. transv. 8 cm, Grand diam. transv. 9 cm.

La femme a un frisson immédiatement après l'accouchement. Température 39,2 °. Pouls 144. On introduit un cathéter et on recoud une déchirure paraurétrale qui s'étend jusqu'à l'os.

Le début des couches est normal. A partir du sixième et pendant quelques jours, forte fièvre. La blessure opératoire laisse perler quelques gouttes de pus. On l'élargit et on y met un drain de verre. La température descend bientôt. On enlève le bandage le dixième jour. Pas d'incontinence, urine claire. La malade se lève le seizième jour et n'en ressent aucun trouble. La symphyse baille encore un peu, l'opérée quitte l'hôpital peu après, se porte bien. L'enfant vit.

L'opérateur qui en était à sa cinquième symphysiotomie ne peut être rendu responsable de la lésion de la vessie. Il s'agit probablement d'un emplacement anormal de cette dernière. Le forceps est certainement cause de la déchirure paraurétrale.

Cas No. 9. No. du Journal 212/1916. Primipare. La malade prétend avoir eu une méningite à l'âge de deux ans et n'avoir appris à marcher qu'à trois ans.

[1]) Instrument de Farabœuf-von Herff.

Entrée en clinique le 2. 3. Mensuration du bassin: Dist. spin. 25, Dist. crist. 27, Conjug. ext. 19, Conjug. diag. 9, Conjug. vera 7,25.[1]) Le sacrum est aplati des deux côtés. Longueur de corps 138 cm.

Le 2. 3 à 3 heures m. rupture de la poche des eaux. A 11 heures m. la tête est à l'entrée du bassin. Le col est un peu dilaté et laisse passer deux doigts. A 5 h. 30 s. les maux faiblissent: Chinéonal. Les maux redeviennent passablement énergiques (7—8 par heure). Le 3. 3. à 11 h. m. l'orifice externe du col est dilaté de la grandeur d'une pièce de 2 frs. La tête un peu descendue est fixée dans le bassin. Le 4. 3 à 7. 30 h. m. l'orifice externe du col est grand comme une pièce de 5 frs. A 8. 20 h. on pratique des incisions du col, que les maux suivants dilatent aussitôt. A 9. 40 h. m. les bruits du cœur du foetus deviennent irréguliers, puis lents, environ 80 par minute. La tête est serrée dans le bassin. Les bruits du cœur ne devenant pas plus rapides, on se décide à faire un forceps. La tête ne suit pas aux tractions. Après avoir rasé le pubis, on pratique la symphysiotomie d'après Frank. La tête descend maintenant si rapidement que le périnée se déchire jusque et y compris une partie du sphincter anal. L'enfant est asphyxié au troisième degré, on sent encore de lentes pulsations du cordon. On tente de toutes manières de ranimer l'enfant, cependant sans succès. Il meurt en quelques minutes. Suture de la déchirure du périnée et du sphincter. Le placenta se laisse facilement extraire. On applique un bandage de sparadrap. Poids de l'enfant (fille) 2740 gr. Longueur 51 cm. Circonférence de la tête 34 cm. Grand diam. transv. 8,5 cm, petit diam. transv. 6,5 cm.

Les couches: le 5. 3 la malade n'a pas encore uriné; on introduit une sonde, l'urine est brune, contient un peu de sang. Le 6. 3 la malade urine spontanément, l'urine est claire. Les lochies ont une légère odeur. 2 seringues de Pravaz de Pituglandol. Le 9. 3 au soir, frisson suivi de températures de 38,8 ^{0}—40 ^{0}. Le 16. 3. la plaie opératoire suppure et est sensible à la pression. Le 21. 3 la température redevient normale, la blessure se cicatrise. La malade se lève le treizième jour et quitte l'hôpital le dixseptième. Elle marche d'une façon satisfaisante, la symphyse ne baille pas.

[1]) Instrument de Farabœuf-von Herff.

Il est évident que dans ce cas aussi on a attendu beaucoup trop langtemps pour pratiquer la symphysiotomie. La tête a pressé sur la symphyse pendant plusieurs heures, ce qui a occasionné une légère lésion de la vessie, bientôt guérie du reste.

Cas No. 10. No. du Journal des naissances 530/1916. No. du Journal gynécologique 528/1916. III pare. Pas de fait remarquable dans l'anamnèse.

Premier accouchement 1913: à domicile. Forceps. Enfant mort. — Second accouchement 1914: Dans notre clinique, spontané; l'enfant vit, la mère nourrit au sein.

Entrée en clinique le 23. 5. 16. Mensuration du bassin: Dist. spin. 25, Dist. crist. 27,5, Conjug. ext. 19.[1]) Le doigt ne peut atteindre le promontoire. Longueur du corps 144 cm.

La poche des eaux se rompt à 4 h. s. le 23. 5; les maux commencent le 24 à 6 h. m. Ils sont faibles et rares: une série de comprimés de Chinéonal les améliore. A 1 h. après-midi la femme se met à pousser. A 1 h. 20 on introduit dans la vessie une sonde qui laisse écouler de l'urine rougie de sang. Le col est tout à fait dilaté à 1 h. 35. On place la malade en position de Walcher pendant deux fois une demie heure. La tête est fixée dans le petit bassin, mais ne descend pas. L'urine est toujours colorée de sang, les maux diminuent, la malade est très fatiguée. On sent la tête au-dessus de la symphyse. Il s'agit sûrement d'une dystocie causée par une grosseur anormale de la tête. On tente un forceps sans succès. L'urine contient toujours encore du sang. Symphysiotomie. Le bassin s'écarte avec le craquement habituel, le forceps amène la tête facilement, présentation du front. L'enfant (fille) est asphyxié au deuxième degré, il est ranimé par les moyens ordinaires. Son poids est de 4050 gr. Longueur 54 cm. Circonférence de la tête 37 cm. Grand diam. transv. 12,5 cm, petit diam. transv. 9,5 cm. L'opérée souffre d'incontinence; on constate une fistule vésico-vaginale.

Les couches: Au début assez forte température. Le 9. 6 il se déclare une thrombose de la veine fémorale gauche qui disparaît peu à peu sans complications. Le 12. 7, la malade se lève. L'urètre est déplacé à gauche,

[1]) Instrument de Farabœuf-von Herff.

la fistule débouche dans la partie gauche du vestibule. Une sonde introduite dans la fistule nous conduit au col de la vessie, tout près, peut-être, même dans le sphincter.

Le 18. 7. première opération qui ne réussit pas à fermer la fistule.

L'opérée quitte l'hôpital le 12. 8 et va passer sa convalescence à la maison. Elle se présentera à nouveau un mois plus tard.

La malade rentre en effet en clinique le 12. 10. Opérée le 21. 10 par le Professeur Labhardt, la malade reste continente pendant deux jours, mais l'incontinence se rétablit peu à peu. Nous pouvons constater que cette incontinence ne provient pas de la fistule, mais que l'urine coule par l'urètre. C'est donc le sphincter qui est fautif. La patiente quitte de nouveau l'hôpital pour y rentrer une nouvelle fois le 30. 11. Elle souffre d'incontinence complète. Descente de l'utérus dont la portion vaginale se présente à l'entrée de la vulve. On remplit la vessie d'une solution de bleu de méthylène, ce qui permet de constater que la fistule est fermée; l'incontinence provient donc toujours de l'urètre. Le 4. 12 le Professeur Labhardt pratiqua en une seule séance l'opération d'Emmet, une colporhaphie antérieure, une colpopérinéorhaphie, la stérilisation des trompes (Labhardt) et une exohystéropéxie (Kocher).[1])

Six jours après cette intervention, la malade peut, au lit, retenir son urine pendant une à deux heures au plus. Elle se lève le 16; à cette date elle est continente en position couchée, mais incontinente dès qu'elle passe à la position verticale. Elle quitte la clinique le 23. 12. Son état, quoique amélioré, est loin d'être satisfaisant.

Aujourd'hui encore la malade est incontinente; nous ne sommes pas au clair sur la cause exacte de cette infirmité et nous ne voyons pas bien comment il nous sera possible de la guérir.

Dans ce dernier cas aussi on s'est résolu trop tard à la symphysiotomie. La tête avait eu le temps de serrer la vessie contre la symphyse en en déteriorant ainsi la paroi qui devait se déchirer au premier effort. On ne pourrait donc trop recommander d'entreprendre l'opération dès l'apparition des symptômes de dystocie.

[1]) En relevant la matrice, le chirurgien pensait couder l'urètre et faciliter ainsi la fermeture du sphincter.

Cas No. 11. No. du journal 680/1916. Primipare. Anamnèse sans faits saillants.

Entrée en clinique le 5. 7. 16. Mensuration du bassin: Dist. spin. 24,5 cm, Dist. crist. 26,5, Conjug. ext. 19,5.[1]) Le doigt ne peut atteindre le promontoire.

Les maux commencent à 10 h. m. A 9 h. s. la malade s'agite. Maux tous les trois minutes. Le bas ventre est douloureux à la pression. La tête ne descend pas. A 9. 45 h. s. on provoque la rupture artificielle de la poche des eaux. Dès que la malade se réveille, on lui fait prendre la position de Walcher et on injecte ¼ de seringue de Secacornine (Roche). La malade ne pousse pas, on la transporte dans un lit. Là non plus l'accouchement n'avance pas. On procède alors à la symphysiotomie en narcose, puis on met l'accouchée en position de Walcher. L'enfant naît spontanément à 11 h. 50 s. Manœuvre de Crédé pour extraire le placenta. On suture une petite déchirure du périnée. L'enfant (garçon) pèse 3600 gr, a une longueur de 50 cm. Circonférence de la tête 35 cm. Grand diam. transv. 9 cm, petit diam. transv. 7,5 cm.

Les couches sont normales, sans fièvre aucune. La blessure opératoire et la déchirure du périnée guérissent per primam. Le dixième jour on enleva le bandage et le onzième la malade se lève.

L'opérée quitte la clinique le quatorzième jour, se porte à merveille. L'enfant vit.

C'est le seul cas de la maternité de Bâle où l'on n'ait pas appliqué de forceps. Les couches ont à peine duré plus que des couches normales.

[1]) Instrument de Farabœuf-von Herff.